12

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LA

# PATOGENIA Y TRATAMIENTO

DE LAS

# HEMORRAGIAS

POR

# INSERCION VICIOSA DE LA PLACENTA.

TRABAJO INAUGURAL

QUE PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

**GONZALO GONZALEZ**

ALUMNO DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

DE MEXICO.



MEXICO.

TIPOGRAFIA DE JOSE CORREA

PRIMERA DE SAN LORENZO NUM. 12

1887

# INTRODUCCION.

La historia de los descubrimientos científicos y el análisis cuidadoso de los métodos más ó ménos empíricos que el hombre ha tenido que seguir en sus investigaciones, han servido para enriquecer la ciencia con importantes principios, entre los que culmina el que ha venido á enseñarnos que la experiencia es la fuente de todos nuestros conocimientos. Pero sin duda sería insuficiente esta base sin el poderoso auxilio de los recursos que puede esplotar la inteligencia humana, poniendo en juego sus preciosas facultades.

La experimentacion suministra los datos de un problema, de cuya solucion se encarga el observador que posee la competente habilidad para manejar convenientemente los instrumentos que la lógica haya puesto en sus manos.

Resulta pues, que por medio del razonamiento podemos aprovecharnos de la experiencia de los demás, puesto que si conocemos las condiciones en que un fenómeno se presenta, tendremos el punto de partida para llegar, por la inferencia, al conocimiento de una verdad, que encierra la causa de un fenómeno, si solo se nos ha dada el efecto, ó bien este último, si únicamente se nos ha hecho saber la causa.

De suerte que, si por la experiencia de los demás, conocemos un fenómeno y las circunstoncias que invariablemente le acompañan en su aparicion, aun cuando ne le hayamos observado directamente, nuestras concluciones, lógicamente encadenadas, tendrán toda la fuerza probante necesaria para ser admitidas como ciertas.

Se hallará la razon de ser de todas estas consideraciones, si se tiene presente que al entrar en ellas solo hemos querido justifica nuestra difícil situacion en este caso, puesto que el humilde trabajo que tenemos el honor de presentar á nuestro Jurado, entraña algo nuevo, que si no es una adquicicion notable para la ciencia, al ménos nos atrevemos á creer que importa un precepto útil para la práctica.

¿Cuál es el tratamiento más eficaz que debe oponerse á la hemorragia causada por la insercion viciosa de la placenta?

Tal es el problema que ha preocupado vivamente á los tocologistas desde Rigby y Levret y que tan diversas como inspiradas soluciones han ido teniendo, sin haber podido alcanzar todavía una que satisfaga plenamente las exigencias del arte.

Burns, Baudeloque, Hamilton y Capuron proponen el parto forzado como único tratamiento aplicable á todos los casos de *placenta previa*. Simpson, movido tal vez por un ciego furor operatorio, aconseja el arrancamiento de la placenta, seguido de la extraccion inmediata del niño.

El ingenio y talento desplegados por este observador, en el fundamento que dá á su teoría, la estadística tan hábilmente compaginada para llegar al punto previsto, la elegancia y brillo de su insinuante diccion, eran elementos, más que suficientes, para crearse numerosos adeptos, en el procedimiento imaginado por el célebre partero inglés.

No ha mucho tiempo, un nuevo campeon apareció en el debate oponiendo al procedimiento de Simpson otro más racional y científico, que lejos de contrariar la naturaleza en el camino que sigue para corregir sus errores, la ayuda para conducir á buen término un procesus, que en otras condiciones habria sido de fatales resultados. En efecto, en 1847 Roberto Barnes publicó una monografía, en que demostraba con toda claridad los errores en que habia incurrido Simpson. Desde entónces ha ido perdiendo terreno la famosa teoría,

que tanto eco habia encontrado entre los tocologistas, ocupando su lugar la de su contradictor Barnes, porque levantada sobre las sólidas bases que le presta la fisiología, y con la incontrastable fuerza de los hechos en que se apoya, ha llegado á conquistar en el arte el puesto que le corresponde.

Pero ántes de desechar unas y de aceptar otra, hemos de analizar cuidadosamente las pruebas en que descanzan, así como la validez de las proposiciones científicas con que se justifique un precepto práctico, pues no basta conocer los hechos que la observacion revele, es preciso examinar el razonamiento que conduzca á las canclusiones que de ellos deriven.

Así es que nuestro trabajo ha de reducirse á estimar las pruebas aducidas por los autores de los principales procedimientos para combatir la hemorragia, cuando la placenta se inserta viciosamente en la matriz, á fin de justificar debidamente, la bondad de aquel que sostengamos como el mejor, á la vez que la modificacion que presentemos en el método operatorio.

que tanto por haberse encontrado entre los accidentes, que pueden dar lugar la de su eventualidad tiene, porque [illegible] cada sobre las soluciones que le presta la medicina, y con la incontestable fuerza de los hechos [illegible] llegado á conquistar en el arte el puesto que le corresponde.

Pero antes de desechar unas y de aceptar otra, hemos de analizar cuidadosamente las pruebas en que descansan, así como la validez de las proposiciones científicas con que se justifique un precepto práctico, pues no basta conocer los hechos que la observación revela, es preciso examinar el razonamiento que conduzca á las conclusiones que de ellos derivan.

Así es que nuestro trabajo ha de reducirse á estimar las pruebas aducidas por los autores de los principales procedimientos para combatir la hemorragia, cuando la placenta se inserta viciosamente, á fin de justificar debidamente la bondad de aquel que sostengamos como el mejor, á la vez que la modificación que presentemos en el método operatorio.

La placenta, órgano respiratorio del producto de la concepción, aparece hacia el tercer mes del embarazo y se fija en un punto de la cavidad uterina, quedando separada del tejido propio de la matriz por una capa mucosa llamada caduca inter-útero placentaria, ó caduca serotina. La situación definitiva de la placenta depende, por supuesto, del lugar en que se detenga el óvulo fecundado al salir de las trompas, que muy generalmente es en la proximidad del orificio de éstas, ya porque al salir del conducto de Falopio se encuentra con las eminencias rugosas de la mucosa hipertrofiada, ó porque faltándole la impulsión que le comunican las pestañas vibrátiles desde el ovario hasta el útero, al llegar á la cavidad de éste se queda adherido por las rugosidades que tapizan sus paredes; [illegible] es un factor importante, la ausencia de [illegible] de las principales, haría que el óvulo se detuviera [illegible] á través de las trompas, pero de todos modos el hecho [illegible]

# PRIMERA PARTE.

## PATOGENIA.

LA placenta, órgano respiratorio, del producto de la concepcion, aparece hácia el tercer mes del embarazo y se fija en un punto de la cavidad uterina quedando separada del tejido propio de la matriz por una capa mucosa llamada caduca inter–útero placentaria ó caduca serotina. La situacion definitiva de la placenta dependerá por supuesto del lugar en que se detenga el óvulo fecundado al salir de las trompas, que muy generalmente es en la proximidad del orificio de estas, ya porque al salir del conducto de Falopio se encuentra con los numerosos repliegues de la mucosa hipertrofiada, ó porque faltándole la impulsion que le comunican las pestañas vibrátiles desde el ovario hasta el útero, al llegar á la cavidad de éste se puede adherir fácilmente por las mucosidades que tapizan sus paredes; ó bien, y este es un factor importante, la ausencia de cavidad, en el útero de una primípara, haria que el óvulo se detuviera en la cercanía de las trompas; pero de todos modos, el hecho es

que generalmente la placenta se inserta en la zóna meridiana ó en el fondo de la matriz.

Las razones que invoca Barnes para explicar la insercion de la placenta en las dos zonas superiores del útero son las siguientes:

1º Asegurar el mantenimiento de la circulacion útero-placentaria durante el trabajo; no es interrumpida sino durante la contraccion activa; 2º permitir el despegamiento igual de la placentera despues de la contraccion; 3º dejar la zona inferior libre de hipertrofia vascular, puesto que debe sufrir una distencion violenta y ser maltrada por el paso del feto; 4º resguardar la placenta contra el traumatismo y el despegamiento al fin de la preñez y durante el parto.

La verdad es que si no hubiere otras razanes para explicar el hecho á que aludimos, tendriamos que buscar otras que no fueran las de Barnes, puesto que para admitirlas seria necesario creer que el óvulo, dotado de una previcion extraordinaria, tiene el suficiente dicernimíento para elegir el punto que más le ccnvenga en el interior de la matriz; y si por un momento, concediéramos esto, sin admitirlo, cuáles serian las conclusiones á que nos condugera esta asombrosa previcion de la naturaleza, en los casos de placenta prévia? Así es que, á falta de una explicacion satisfactoria del fenómeno, tenemos que apuntar pura y simplemente el hecho de que la insercion de la placenta se verifica en las dos zonas superiores del útero, en la inmensa mayoría de los casos, y que se debe considerar como viciosa ó ectópica la insercion de aquel órgano en el segmecto inferior.

No nos es posible exponer con precision la causa de este error de lugar, ni podemos justificar las condiciones accidentales que deciden de esta formacion á expensas de una parte del corion y una parte de la caduca, toda vez que el primero comienza por estar recubierto de bellosidades en toda su superficie y el útero entero se encuentra tapizado por la caduca hasta el borde del orificio interno; pero ya sea que no estando sana la caduca del fondo, las bellosidades coriales busquen, como las raíces de una planta un suelo mas propicio, ya que el óvulo haya sido impregnado hasta despues de haber descendido á la parte mas baja de la matriz, la placenta se encuentra implantada en el segmento inferior y crece y

se desarrolla allí, sin que nada indique su presencia hasta el fin de la gestacion, hasta que la primera hemorragia viene á dar el grito de alarma.

Nada indica que estas hemorragias sean producidas por contracciones activas del útero; tampoco creemos, con Cazeax, que la diferiencia de crecimiento entre la placenta y el segmento inferior, produciendo el atirantamiento de los cotiledones placentarios sea una causa eficiente de hemorragia; pues por una parte, si el rápido desarrollo del segmento inferior fuera un hecho constante, esta parte del útero se desarrollaría alejándose de la placenta, y por otra, varios observadores han encontrado durante, la última quincena del noveno mes, el canal cervical íntegro y el orificio interno cerrado.

Además si pensamos en las condiciones que concurren en la situacion ectópica de la placenta, convendremos en que se halla colocada en un lugar inadecuado, por su forma y dimensiones, y que tiene que reducirse á un espacio menor aglomerando sus cotiledones y comprimiéndolos, dibilitando sus vasos por la tension que soportan sus paredes, en virtud de le presion mútua que entre sí ejercen; circunstancias que obran perfectamente en favor de una desgarradura, desde el momento en que, por cualquier motivo, aumente la tension sanguínea como en el período catamenial. Basta pues que por las condiciones anteriores se produzca una desgarradura y por esta una hemorragia pequeña, para que por accion refleja sobrevenga un despegamiento secundario, causa inmediata del derrame sanguíneo. Por manera, que si estas razones nos dan cuenta de las soluciones de continuidad que se producen durante los tres últimos meses de la gestacion, no hay para que recurrir á explicaciones más ó ménos forzadas. Tal vez pudiéramos hallar gran semejanza entre dichas hemorragias y las que provienen de los tumores hemorroidales, determinadas casi por los mismos factores: dilatacion del vaso y debilitamiento de sus paredes, como causas predisponentes; aumento de la tension sanguínea, como causa determinante de la desgarradura.

Con frecuencia estos derrames se detienen expontáneamente, porque la ruptura no es grande, ó bien porque encontrándose cerrado el orificio interno y el resto de la cavidad

ocupado por el huevo, la sangre se cuagula y obtura mecánicamente los orificios abiertos de los senos uterinos. En este caso, la parte despegada de la placenta pierde su naturaleza cavernosa y se trasforma en una masa dura y resistente, porque la sangre derramada, cuagulándose, llena los vacuolos del órgano, haciéndolo impermeable, y por lo tanto, impropio para llenar sus funciones. Si la misma série de fenómenos se reproduce, la parte despegada correrá igual suerte que la anterior y las trasformaciones ulteriores del cuágulo se reconocerán fácilmente al hacer el exámen del tejido placentario.

Pero desgraciadamente hay casos en que las cosas se presentan de otra manera pues si el despegamiento es considerable, la sangre derramada exita las contracciones uterinas, y si estas son enérgicas y frecuentes el parto prematuro será su consecuencia. En esta situacion, así como en el parto á término, la hemorragia aparece con toda su espantosa realidad, porque, al decir de Churchill, ella es la esencia de la contraccion, el carácter propio del parto complicado de insercion viciosa de la placenta.

Desde este momento el terrible cuadro de la hemorragia útero placentaria rodea al médico; el espectro rojo de Hamond de Fresnay se le presenta, desafiando su destreza y serenidad en una lucha en que llevará, con el triunfo, la satisfaccion de haber disputado á la muerte la vida de dos séres. Su conducta, en semejante conflicto, debe reducirse á corregir un error de la naturaleza, en una de sus más importantes funciones. Pero antes debe observar atentamente los procedimientos que ella misma emplea, para sustituir por el arte, aquel que pudiera desviarla del resultado que se busca.

La hemorragia, dice Churchill, es la consecuencia obligada de la dilatacion que rompe las inserciones de la placenta al útero, y mientras mas avance el trabajo, mas grande será el despegamiento placentario y mas abundante la hemorragia. De este hecho resulta que el peligro es mayor que en las hemorragias accidentales, y lo que para ellas es un modo natural de diminucion (contracciones uterinas) es aquí una agravacion del mal, y por lo tanto no puede emplearse como remedio.

¡Ninguna teoría puede ser mas desesperante! exclama Barnes. ¡La contraccion es indispensable para expulsar al niño

del claustro materno...... pero trae consigo el peligro! La dilatacion del cuello es una condicion obligada del trabajo, pero el orificio no puede dilatarse sin aumentar la hemorragia! La naturaleza es, pues, culpable! El arte debe remplazarla.

Un lamentable sofisma, cometido por la mayor parte de los autores, ha sido la causa de que se considere la contraccion uterina como el antecedente causal de la hemorragia, sin tener en cuenta otros elementos que influyen eficazmente en su produccion.

Una mala observacion del hecho habia sido la causa de este error. Se habia notado que el mayor aflujo de sangre correspondia á la sistole uterina en los casos de insercion viciosa, á diferencia de las hemorragias accidentales, que cesan completamente durante la contraccion; pero esta distincion solo era ilusoria, puesto que Legroux ha mostrado que el acto hemorrágico *siempre* es diastólico, aun cuando *aparentemente* la hemorragia sea sistólica. La razon de esto es que la sangre derramada durante la relajacion uterina, en la cavidad de la matriz, es expulsada en el momento de la contraccion de este órgano.

Dos son los factores que contribuyen á la dilatacion del cuello: La contraccion y la retractibidad musculares.

Hasta hace poco tiempo se consideró que las contracciones uterinas, y en particular la contraccion de las fibras longitudinales eran la única causa de la dilatacion del cuello. La contraccion realmente se efectua en todos y cada uno de los haces que constituyen el órgano, teniendo, por supuesto, su parte en las funciones del útero, cuando llega el momento de la expulsion del feto. Uno de los fenómenos mas importantes en el trabajo del parto, es sin duda la *dilatacion* del cuello; pero hay que fijarse en que esta es contínua y progresiva, en tanto que las *contracciones* son intermitentes. Ahora bien, si las contracciones musculares fueran la única causa de la dilatacion del cuello, esta tendria que seguir la marcha de aquellas, es decir, tendria que ser intermitente. Si pues la causa supuesta solo aparece por intervalos, y el efecto que se le atribuye es contínuo, forzosamente ha de haber otro elemento que intervenga en la dilatacion constante y progresiva del cuello. Este fenómeno es la retractilidad orgánica,

Estas dos propiedades del tejido muscular difieren considerablemente en sus manifestaciones: la contractilidad es activa, intermitente, dolorosa; la retractilidad es contínua, pasiva, indolora; la primera tiene por efecto disminuir completamente la capacidad del órgano, pero no obra sino por intermitencias; la segunda se manifiesta contínuamente, pero sin llegar á un resultado visible hasta la desocupacion del seno uterino. Pero si por circunstancias que enumeraremos luego, la retractilidad llega á manifestarse, lo verifica sin perjuicio de que las contracciones llenen su funcion. Estas condiciones son la diminucion del volúmen del huevo por la salida de las aguas, y la dilatacion del cuello. En el primer caso, habiendo un espacio vacío, el útero debe retraerse para *hacer presa* sobre el cuerpo que aun continua ocupándolo; en el segundo, la retraccion debe maaifestarse porque nada se opone á lo contrario, toda vez que la resultante general de la contraccion de las fibras longitudinales, viene á producir, por intermedio del cuerpo que trata de expulsar, un esfuerzo en el mismo sentido que el de la dilatacion. Si despues de expulsado el huevo, el útero se cierra, es porque la retraccion y la contraccion obran en el mismo sentido, sin que por accion mediata la segunda fuerza tienda á dilatar el cuello

La superficie interna del útero, dice el profor Roberto Barnes, puede ser dividida en tres zonas ó regiones, por dos círculos paralelos al ecuador: el superior puede llamarse círculo polar superior; arriba de él se halla el fondo del útero. El círculo inferior, ó anillo de Bandl, es el polar inferior: separa la zona cervical de la zona meridiana. La primera comprende el cuello y el segmento inferior de la matriz; la segunda está formada por los lados del útero.

Hemos dicho que la placenta se inserta generalmente en el fondo, ó sea sobre la zona superior. Un número considerable de observaciones han mostrado que en México no es tan constante la insercion en ese lugar.

El procedimiento que hemos seguido para determinar la posicion de la placenta con relacion á la superficie interior del útero, es el siguiente: y para mayor claridad comenzaremos por analizar el caso más simple; cuando la placente se inserta en el fondo de la matriz. En este caso la bolsa de las aguas tendria la forma de un ovoide, cuyo grande eje coinci-

diria con una línea levantada del orificio interno al centro de la masa placentaria. Cuando la dilatacion del cuello comienza, el orificio interno se entreabre dando paso á la parte de la bolsa colocada inmediatamente arriba de él, y forma una hérnia accesible al dedo, hasta que llega un momento en que la bolsa se desgarra, precisamente en el punto que sufre mayor presion; esto es, en la parte más baja que es la misma que ántes coincidia con el orificio. Claro es que, si despues de expulsadas las secundinas, medimos directamente en la bolsa; la distancia que hay entre el *centro* de la desgarradura y los bordes de la placenta, tendremos que encontrarla igual en todos sentidos. Si en lugar de estas distancias colocaramos materialmente unos hilos, que partiendo de la circunferencia placentaria fueran á convergir todos al centro de la desgarradura de la bolsa, habriamos construido un cono cuya base seria la placenta y el vértice el centro de la desgarradura.

Si suponemos, ahora, la placenta fija en la zona polar inferior ó en su proximidad, la distancia del orificio interno al borde placentario variará segun el punto que se considere. En efecto; si fuera posible que la bolsa conservara fuera del útero su forma ovoide, bastaria, para tener una idea exacta del segundo caso que analizamos, suponer que la placenta se pudiera deslizar del fondo del ovoide hácia uno de sus bordes; naturalmente uno de sus bordes quedaria mas cerca de la desgarradura, puesto que en el deslizamiento tiene que seguir la superficie del ovoide, y una parte de la circunferencia placentaria se irá aproximando más y más á la desgarradura, á medida que aquella se aleje del fondo. Supongamos por último, que la placenta se ha detenido, en su movimiento al nivel de la zona polar inferior; en esta posicion el plano de la masa placentaria, casi será perpendicular al plano horizontal que ocupa la desgarradura, en el concepto de que el ovoide se halle colocado con la abertura hácia abajo y el fondo hácia arriba. Si ahora medimos la distancia entre el centro de la desgarradura y la circunferencia de la placenta, encontraremos que una parte de esta se halla mas próxima que todas las demás. En la posicion que hemos supuesto el ovoide, uno solo de los diámetros de la placenta será vertical; pues bien, la extremidad inferior, de este diámetro será

el punto más cercano al centro de la desgarradura, y el más distante tendrá que ser forzosamente el extremo superior.

Por este medio se ha podido demostrar que en México la placenta se inserta en la superficie que corresponde á la zona meridiana.

La placenta fija en esta parte no se despega prematuramente, pero puede ser retenida y producir una hemorragia post-partum; accidente, que como se sabe no es raro entre nosotros.

Abajo del círculo polar inferior se encuentra la zona cervical, sobre la cual la insercion de la placenta es peligrosa. La parte de este órgano que se inserte allí puede desprenderse previamente á causa de la dilatacion del cuello, que trae consigo la retraccion de la zona cervical. Por este motivo la insercion de la placenta, abajo del círculo polar inferior, se considera como viciosa, miéntras que la implantacion arriba de esta region, no produce ni desprendimiento expontáneo, ni hemorragia.

La placenta en su colocacion viciosa puede afectar tres formas:

1º *Insercion central*, centro por centro. En este caso ocupa todo ó casi todo el segmento inferior, cubre el orificio interno, y el dedo, describiendo una circunferencia no llega á tocar su borde, ni alcanzar la bolsa.

2º Placenta lateral. La situacion del órgano es tal que por una parte alcanza el orificio interno y por la opuesta cruza la línea polar inferior; el dedo puede tocar, por consiguiente, el borde y la bolsa de las aguas.

3º Insercion parcial. Una parte de la placenta desciende hasta el sgmento inferior pero sin llegar al orificio; el dedo toca la bolsa íntegra, pero no alcanza el borde placentario sino introduciéndolo profundamente.

Si volvemos á las consideraciones que hicimos ántes, suponiendo la bolsa como un ovoide resistente y hueco, y como si lo placenta se pudiera desalojar en su superficie, del fondo hácia la desgarradura, comprenderemos fácilmente que las tres formas de insercion viciosa de la placenta, no son más que las diferentes posiciones que tendria en el deslizamiento que hemos supuesto. La primera posicion, distinta de las inserciones en el fondo, corresponderia á la insercion parcial;

la que le siguiera seria la de la placenta lateral, y la última, que no es más que la situacion diametralmente opuesta á la insercion en el fondo, corresponderia á la insercion centro por centro.

En cualesquiera de estas tres posiciones la dilatacion del cuello sufriria un obstáculo insuperable, si las inserciones no fuesen frágiles.

En el caso de la insercion central, desde que comienza la dilatacion del cuello, sus bordes tienden á arrastrar consigo la parte de la placenta que coincide con ellos, pero como esta es inextensible llega un momento en que no puede seguirlos y los cotiledones se desgarran, quedando dos superficies sangrantes: la placentaria y la uterina.

En los otros dos casos los cotiledones placentarios se rompen, porque á medida que el cuello se dilata el tejido uterino se retrae.

Si la dilatacion servical, seguida de la retraccion de esta parte del útero es la causa del despegamiento, y la superficie desprendida no es más grande que la dilatada y retraida debemos preguntarnos cuál es el límite de esta dilatacion, pues claro es que si consiguieramos evitar la hemorragia mientras aquella se verifica, despues nada tendriamos que temer.

El anillo de Bandl forma el límite fisiológico abajo del cual se produce el desprendimiento expontáneo de la placenta y con él la hemorragia llamada *inevitable.* La posiciou de este círculo puede ser determinada exactamente, puesto que el segmento inferior del útero debe dilatarse lo bastante para dar cabida á la cabeza del feto. Pero no es necesario que esta dilatacion sea mayor que el ecuador de la cabeza del feto, porque si es cierto que se amplifica lo suficiente para que pase ésta, tambien lo es que la elasticidad muscular hace que las paredes del segmento inferior estén siempre en contacto con ella. Además, mientras el cuello se dilata, el segmento inferior tambien va *retrayéndose* y por lo mismo disminuyendo en altura, todo lo cual contribuye eficazmente para que, durante la expulsion del producto, la dilatacion se conserve en el grado máximum que alcanzó con el paso del diámetro mayor de la cabeza. Por consiguiente, si colocamos al rededor del ecuador cefálico de un feto un anillo de cautchouc, al nivel de la protuberancia parietal se obtendrá la dilatacion

máxima del segmonto; y si medimos la distancia de la protuberancia parietal que se presente, á la gran circunferencia de la cabeza tendremos la altura de la zona inferior del útero. Esta distancia es de 3 pulgadas ó sean 76 milímetros y medio, considerando la pulgada de 25 milímotros y medio. Por otra parte, si describimos un círculo, cuyo centro coincida con el orificio interno, teniendo un radio de 3 pulgadas, obtendremos el círculo polar inferior, límite entre la zona peligrosa en que se verifica el desprendimiento expontáneo, y la zona en que nunca se produce prematuramente.

Spiegelberg asegura que la dilatacion nunca llega más allá de seis centímetros contados desde el orificio interno, y se funda en que la expancion del segmento inferior es más extensa en los puntos que están colocados en ángulo recto, con relacion al eje del útero, para disminuir progresivamente hasta llegar á los que le son paralelos; en estos la expancion ya no se verifica porque el paralelismo se hace notar á 6 centímetros del centro del orificio interno. Una circunferencia trazada transversalmente en el interior de la matriz, á 6 centímetros del orificio, tiene un diámetro, aproximativamente de 11 centímetros; distancia muy suficiente para dejar pasar la cabeza del feto.

A 6 centímetros del polo inferior del útero, dice Duncan, el diámentro de la cavidad interna es de 100 milímetros, amplitud que basta para dejar paso franco á la cabeza del niño. No hay, pues, necesidad de que la expancion sea mayor.

A pesar de que estas medidas no están absolutamente de acuerdo entre sí, coroboran la idea que Barnes emitió en 1847. "El desprendimiento expontáneo de la placenta nunca se extiende mas que á 6 ó 7 centímetros del orificio interno, siendo muchas veces ménor esta distancia."

Por todo esto convendremos en que el dedo puede alcanzar perfectamente hasta el límite peligroso de la insercion; luego el médico puede hacer en un momento lo que la naturaleza hace en largo tiempo, y si las contracciones detienen la hemorragia, el parto seguirá buen camino, desprovisto de las complicaciones de la insercion viciosa de la placenta, hasta que llegue á convertirse en un trabajo natural, puesto que la vida del feto es mantenida por las partes laterales y ecuatoriales que no han sido desprendidas.

Hasta ahora nos hemos ocupado de las causas de la hemorragia, pero sin determinar cual de las dos superficies sangrantes es verdaderamente el manantial de ese rio de sangre que se desborda en los terribles casos de hemorragia por insercion ectópica de la placenta.

En todos los casos hay dos superficies desnudas, pero la hemorragia no proviene más que de la uterina, porque la que viene de la placenta es una pequeña cantidad que se detiene rápidamente por la cuagulacion.

Levret creia que las dos tomaban igual parte en el derrame Rawling d' Oxford pretendia que los vasos placentarios predominaban en la hemorragia sobre los del útero. El profesor Hamilton sostuvo la misma opinion, y con él Kinder, Wood, Radford y Simpson.

La naturaleza esencialmente vascular de la placenta hacia presumir que, cuando una parte se desprende de su insercion uterina, la sangre escurre directamente de los vasos placenta rios que, en la masa misma del órgano, se anastomozan, con los que no se han desprendido.

Esta seductora hipótesis unida al hecho de que algunas ve ces la hemorragia cesa cuando el despegamiento de la placenta es completo, sugirieron á Radford, ántes que á Simpson, la idea de que la superficie de esta fuera única y exclusivamente la fuente de la hemorragia, porque los orificios de los vasos uterinos tenian que hallarse cerrados por las contracciones del órgano.

Simpson recurrió á la catadística para apoyar estas ideas y encontró 141 casos favorables tomados de diferentes autores; con esto y con otros argumentos brillantemente expuestos, formó las bases de su procedimiento operatorio. A pesar de todo, cada dia encuentra mayor oposicion aun entre aque llos que habian convenido, á priori, en la verdad de sus teorías.

Este autor se funda principalmente en que la hemorragia disminuye ó cesa completamente, cuando la placenta se ha desprendido en su totalidad y ha sido expulsada ántes de la salida del niño. "Puesto que la naturaleza, dice, desprende la placenta y detiene así la hemorragia, el cirujano debe despren derla para alcanzar igual objeto.

Este hecho observado en la práctica ha hecho establceer á Simpson las siguientes proposiciones:

1ª La hemorragia no puede venir de las arterias uterinas porque la sangre tiene carácter arterial. Estas arterias dejan pronto de dar sangre, por la contraccion de la paredes musculosas que las rodean y por la retraccion que sufren estos vasos, siendo así que la separacion de la placenta es un verdadero *arrancamiento.*

2ª No puede provenir de las venas del útero, porque para ello la sangre tendría que seguir un camino retrógrado, estando, como estan, dirigidas hácia la periferia del órgano, los troncos venosos ovárico é hipogástrico. Por consiguiente la sangre tiene que venir de la superficie desnuda de la placenta.

Barnes hace notar, en sus lecciones Lettsomianas, que si la pérdida cesa en el momento del desprendimiento completo de la placenta, es porque este se ha verificado por las contracciones activas del útero que cierran los senos uterinos de idéntica manera que lo hacen en las hemorragias *post. partum.*

Si por el contrario, el útero no se contrae, la hemorragia continúa porque entónces falta el más poderoso hemostático de las hemorragias uterinas.

Por otra parte, consideremos que el tejido cavernoso de la placenta forma un extenso lecho en la circulacion utero-placentaria en donde tiene que disminuir considerablemente la velocidad de la circulacion; en estas condiciones, si la fuente de la hemorragia fuera la superficie desnuda de la placenta, la pérdida deberia ser lenta y continua, como lenta y continua es la circulacion de la sangre á traves de los senos placentarios.

Se han referido casos de hemorragias mortales, en los que el feto habia muerto con mucha anticipacion, indudablemente porque la circulacion útero placentaria habia cesado desde entónces.

Pero si estos hechos no bastan, la experimentacion nos ha suministrado pruebas inequívocas. Hé aquí el resultado de las experiencias del Dr. Makensie:

1º Despues de haber abierto el vientre de una perra cargada y de haber desprendido la placenta, observó que la sangre escurria de la superficie uterina y que esta sangre era *arterial.*

2º Desprendiendo cuidadosamente la placenta, en una mujer muerta ántes del parto, é inyectando sangre destibrinada por las arterias hipogástricas, la vió escurrir directamente del útero por las arterias útero placentarias.

Además cita muchas observaciones en las cuales se ha notado que la sangre tiene el color de la sangre arterial.

Por último, se ha visto escurrir la sangre directamente de la superficie uterina, en los casos de operacion cesárea ó inversion completa de la matriz, en los cuales la placenta fué desprendida parcialmente.

Sentado pues el hecho de que la fuente de la hemorragia es la superficie uterina, y recordando que el acto hemorrágico es realmente *diastólico*, por más que en los casos de insercion viciosa paresca *sistólico*, solo nos falta saber cuál es la causa del detenimiento de la hemorragia cuando la placenta se desprende completamente.

Los vasos uterinos se hallan comprendidos en una red inextricable en medio de la cual caminan. Despues de haber se dividido en numerosos ramos en el expesor de la caduca, pasan al tejido placentario para trasformarse en una red capilar que bien pronto se va á poner en relacion mediata con la que proviene de la vena umbilical. En este concepto, si sobreviene un cambio en las relaciones de la superficie placentaria con la correspondiente uterina, los vasos de la placenta se desgarran fácilmente, en razon del poco espesor de sus paredes; y si todo quedara en tal estado, la sangre seguiria derramándose hasta llenar la capacidad del órgano y producir el síncope; pero si el útero se contrae, las arterias tienen que cerrarse, en virtud de la constriccion que sobre ellos ejercen las fibras musculares que se entrecruzan en todos sentidos en las paredes de la matriz, y la sangre derramada *durante la diastole*, es expulsada con una velocidad proporcional á la energía de la contraccion. Ahora bien, la contraccion activa del útero es acompañada siempre de una ligera retraccion que muchas veces basta para detener la pérdida.

Por consiguiente, encontramos tanta importancia y significacion en las razones que hemos expuesto, y tan concluyentes nos parecen las pruebas aducidas, que no podemos ménos que rechazar abiertamente el método de James Simpson que

en nuestro humilde concepto, se funda en hipótesis del todo falsas.

Intencionalmente no nos hemos querido detener en apreciaciones sobre la estadística del citado procedimiento, por que de todos es conocido el ya respetable número de víctimas que ha causado, por más que los defensores del célebre partero inglés, refugiándose en uno de sus últimos reductos, acusen de impericia á los operadores.

Con todo lo expuesto hasta aquí, creemos haber fundado debidamente la conducta que el médico tendrá que seguir en el tratamiento de las hemorragias causadas por la insercion viciosa de la placenta. Solo nos falto fijar con toda exactitud y bajo el punto de vista práctico, los preceptos que lógicamente se desprenden de las consideraciones teóricas que nos han ocupado, y de las que podemos deducir las siguientes proposiciones:

1ª Las hemorragias de los tres últimos meses del embarazo, son debidas á un aumento de la tension sanguínea en la circulacion utro-placentaria.

2ª La diminucion de superficie del segmento inferior, inherente á la dilatacion del cuello, es la causa de la desgarradura de las inserciones placentarias, pero las contracciones uterinas tienden á detener la hemorragia.

3ª Si la pérdida es más abundante durante la sístole uterina, es porque la contraccion disminuye la capacidad de la matriz y expulsa la sangre derramada durante la diástole del órgano.

4ª Hay un momento en el parto complicado de insercion viciosa de la placenta, en el que la hemorragia se detiene expontáneamente.

5ª La causa de este detenimiento es la contraccion activa del útero y su retraccien ó contraccion tónica.

6ª La insercion de la placenta en la zona meridiana es más frecuente que en la zona polar superior. Por este hecho se puede presumir que en las mujeres mexicanas, hay cierta predisposicion para la insercion viciosa de la placenta.

7ª La sangre proviene de los vasos utero-placentarios de la superficie desnuda del útero, y tiene los caracteres de la sangre arterial.

8ª La presencia de la placenta no impide pero sí retarda

la retraccion del cuello, y por esto mismo hace que el trabajo sea de mayor duracion.

9ª El límite del despegamiento expontáneo de la placenta se encuentra á 7 centímetros y medio del centro del orificio interno. Exactamente la misma distancia que puede alcanzar el dedo introducido dentro de la cavidad uterina.



# SEGUNDA PARTE.

## TRATAMIENTO.

LARGO tiempo reinó en la ciencia la teoría de la hemorragia inevitable que originó, como consecuencia necesaria, el parto forzado. *Natura non agit per saltum* decian con toda razon los antiguos, y sin embargo, en la práctica aparecian inconsecuentes con esa idea, y no vacilaban en recurrir á la violencia, con la mira de llevar á buen término, los partos complicados de insercion ectópica de la placenta. Introducian la mano, estuviese ó no dilatado el cuello, hasta tomar el feto por los piés, y á todo precio procuraban extraerlo con la mayor prontitud posible.

No obstante la modificacion introducida por Spiegelberg de dividir lateralmente el cuello, ó la de Emsmann y Löwenhardt, que consistia en perforar la placenta para extraer el feto por la abertura, el parto forzado ha quedado tal cual era. Y si hay todavía quien recurra á semejante método, es porque aun queda la idea de que la contraccion uterina es la causa de la hemorragia, y por lo tanto, que mientras ella

exista la pérdida tendrá que aumentar. Este error hacia esclamar á Plenk que, en los partos en que tal complicacion se presenta *nullo remedio sed sola extractione fœtus curanda.* Es un caso, dice el Dr. Conquest, en el cual nunca debemos confiarnos en las fuerzas de la naturaleza, porque los esfuerzos de expulsion hechos por el útero no sirven mas que para aumentar el peligro de la paciente, y entónces la mano deba abrirse paso á través del tejido plancentario, ó lo que es mejor todavía, pasar á lo largo del borde de este órgano para ejecutar la version.

Nœgelé mismo acepta esta maniobra, no sin hablar ántes del taponamiento vaginal que debe mantenerse hasta que la dilatacion sea completa, y aun en estas circunstancias, aconseja no lanzarse á la ejecucion del método cuando la hemorragia sea muy alarmante, por temor de que la enferma sucumba durante la operacion. Y sin embargo se admira de que Seyfert pretenda borrar el susodicho procedimiento del catálogo de las operaciones obstétricas.

Pero si se toma en cuenta el número de víctimas que ha causado esa peligrosa intervencion quirúrgica, que mas bien tiene por base la fuerza que no el ingenio y la destreza, se convendrá, con nosotros, en que semejante proceder es temerario, sobre todo, cuando el arte cuenta con armas mas eficaces y seguras. Y no decimos esto porque creamos tener siempre mas razon que los antiguos, como dice espiritualmente Pajot, sino porque abundamos en la creencia de que todo investigador que se proponga esclarecer algun punto de la ciencia, queda obligado á rechazar todo lo empirico que encuentre en su camino, si en su lugar pueden asentarse principios cuyo enlace causal sea conocido y suceptible de prueba.

El parto forzado ha sido relegado al olvido, porque la dilatacion violenta del orificio se consigue, la mayor de las veces á costa de la desgarradura del cuello, y el pronóstico de este accidente implica nada ménos que la muerte de la madre.

Es cierto que para sostener que la dilatacion manual del cuello no expone á la desgarradura de esta parte de la matriz, hay quien alegue que en los casos de hemorragia el cuello se presenta blando y elástico; pero esto no es exacto: al principiar el trabajo, el cuello está duro y las inserciones de la

placenta, dificultando su dilatacion, prolongan aquel hasta el grado de que pueda sobrevenir la inercia. En este momento, es verdad, el cuello es fácilmente dilatable, pero ¡cuánto tendrá que arrepentirse el que acometa el parto artificial estando inerte la matriz! la hemorrrgia seria fulminante, y la infelíz mujer exhalaría su último suspiro por la total impericia de su mal aconsejado médico.

Para facilitar la dilatacion cervical, no ha faltado quien aconseje las inciciones laterales del cuello; pero casi siempre la hemorragia aumenta, porque en los casos de insercion viciosa, la vascularizacion de esta parte es excesiva y se corre el riesgo de abrir un vaso de importancia.

Puzos, á su vez, propone la evacuacion del líquido amniótico, y en efecto, la hemorragia disminuye en muchos casos, con la circunstancia de que la dilatacion se verifica lentamente, y si la hemorragia cesa ó se reproduce, no queda más medio que el parto forzado. Hoy subsiste el método de Puzos cuando el cuello *está dilatado ó dilatable*. Vemos, pues, que este procedimiento no es aplicable en todos los casos, y que si constituye un remedio heróico, tambien es cierto que requiere condiciones especiales.

En obvio de tantos inconvenientes, James Simpson presentó su método operatorio fundado principalmente en la cesacion de la hemorragia cuando el despegamiento de la placenta es completo. Si en la exposicion que de él hace, hay algo verdaderameute digno de admiracion, seguramente es el talento desplegado por el autor en la elaboracion de su teoría, veces hay, y esta es una de ellas, en que el ingenio humano asombra por la extension y el número de los brillantes recursos que puede poner en juego en un momento dado; y; fuerza es decirlo, con estos elementos, más que con la solidez de sus conclusiones, logró conquistar para su teoría un puesto honroso, pero efímero, en el arte obstétrico.

A pesar de todo, hemos tomado de Simpson y de Barnes algunas de las proposiciones con que cerramos la primera parte de nuestro imperfecto estudio.

Antes de exponer el método de Barnes, nos vamos á permitir entrar en algunas consideraciones que aclaren nuestra situacion en un punto en que disentimos de su manera de pensar.

Barnes propone ejecutar la perforacion de las membranas, como primera operacion ántes del trabajo, en todos los casos en que la hemorragia alcance proporciones alarmantes. Con frecuencia basta por sí sola, añade, para detener la pérdida, y, además no es un obstáculo para las maniobras posteriores.

Estamos de acuerdo en que muchas veces la hemorragia cesa despues de la evacuacion del líquido amniótico; pero tambien creemos que aquella operacion, no solamente es un obstáculo, sino que tambian puede poner en peligro la vida de la madre. En estas condiciones el útero queda convertido en un saco extensible en cuya cavidad hay suficiente espacio para contener una gran cantidad de sangre; por consiguiente si la pérdida continúa y recurrimos, como es de regla, al taponamiento vaginal, habria que temer una hemorragia interna que no se nos revelaría más que por síntomas racionales. Y aunque Barnes, aconseja remediar este inconveniente con un vendaje apretado sobre el vientre, no creemos que este recurso sea de una seguridad perfecta. Por otra parte, ¿á qué recurrir á un medio que más tarde podría sernos muy útil, cuando contamos con el taponamiento que, mas eficaz, garantiza la hemostasia y provoca la dilatacion cervical?

La seguridad de este último artificio es indudable. Leroux, Dubois, Chailly, Nœgelé y otros muchos la recomiendan con empeño; y el mismo Barnes la aconseja cuando la hemorragia continúa despues de la expulsion del líquido anmiótico.

Nosotros pensamos que *el taponamiento vaginal debe ejecutarse desde luego, si el orificio no está aún suficientemente dilatado ni dilatable para poder admitir un dedo del operador.*

Esta importante maniobra se verifica por medio de bolitas de hilas, (impropiamente llamadas *torundas*) algo mas pequeñas que una nuez, y provistas de un hilo ó cordoncillo de 25 ó 30 centímetros de largo, que se anuda fuertemente en la circunferencia de ellas; se procede de la manera siguiente:

Despues de vaciar el recto y la vegiga de la paciente, se la coloca transversalmene en el borde de la cama, de tal modo que los isquion se encuentren toltamente fuera, y los piés apoyados en dos sillas, convenientemente separadas entre sí para que la vulva se presente entreabierta. El operador debe

estar sentado enfrente de esta region y cubierto con una sábana sin que nada ponga obstáculo á sus movimientos. Se comienza por introducir un espejo en la vagina, y cuando pueden verse distintamente el cuello del útero y los fondos de saco de la vagina, se van poniendo, con unas pinzas largas las bolitas de hilas bien engrasadas, colocando la primera en el centro del orificio, las demás en el contorno del cuello y en los fondos de saco, pero siempre apretadas entre sí y contra las paredes vaginales, de manera que todas ellas formen una especie de tabique conpacto y resistente. De esta suerte se co tinúa superponiendo capas de bolitas hasta llenar todo el canal, procurando por una parte ir sacando el espejo á medida que va siendo reemplazado por el tapon, y por otra, no perder los hilos que despues nos han de servir para extraerlo. De la paciencia y minuciosidad con que se ejecute esta operacion, depende seguramente el éxito del tratamiento.

Se ha dicho que el tapon es un medio infiel que da una falsa seguridad al médico, porque infiltrándose poco á poco de sangre ó siendo oprimido por los músculos de la vagina, deja escurrir la sangre, sin que este accidente sea oportunamente conocido. Por eso recomendamos la más extricta vigilancia del pulso y de la fisonomía de la enferma, sin perder de vista, un solo momento, el tapon que tomará un tinte rosado cuando la sangre comienze á infiltrarlo, en cuyo caso deberá remplazarse inmediatamente por otro.

Varios medios se han propuesto para el taponamiento, tales como el colpeurynter, los sacos de Barnes, el tapon con pañuelos de seda etc. pero creemos que el que hemos descrito se halla más al alcance del médico en cualquier circunstancia.

Hecho el taponamiento cuidadoso y metódico de la vagina, es conveniente colocar un vendaje abdominal apretado que, facilitando el efecto de las contracciones las haga mas enérgicas. Con todo esto habremos conseguido evitar el escurrimiento de la sangre, por mas que no hayamos combatido la causa de la hemorragia.

Ahora nos falta fijar el tiempo en que las cosas deben permanecer en tal estado.

Roberto Barnes propone extraer el tapon una hora despues de colocado, y aun cuando esta regla nos parece muy absoluta, creemos que si no hay otro dato de que partir para alcanzar

una dilatacion de uno ó dos centímetros, ese término es suficiente, en muchos casos, para obtener ese resultado.

Si despues de retirar el tapon nos encontramos con que la hemorragia ha cesado, no debemos intentar nuevas manipulaciones; si por el contrario, la pérdida continúa y el cuello está bastante dilatado para admitir uno ó dos dedos, debemos proceder sin tardanza al despegamiento parcial de la placenta; esto es de toda aquella parte de la masa placentaria que se inserta en la zona peligrosa. Esta maniobra facilita la retraccion del cuello y modera el derrame. He aquí como procede Barnes.

"Introducid si es necesario, dice, la mano entera dentro de la vagina; pasad uno ó dos dedos lo mas profundamente posible dentro del orificio; cuando sintais la placenta, insinuad el dedo entre ella y el útero y describid una circumferencia al rededor del orificio de manera que despegueis toda la parte de la masa placentaria que el dedo pueda alcanzar. Si encontrais el borde de la placenta, al nivel del cual las membranas comienzan, desgarradlas ampliamente sobre todo si aún no lo estaban; aseguraos, si es posible, de la presentacion y posicion del feto, antes de retirar la mano. Hecho esto, la zona inferior se retira un poco, y *á menudo cesa la hemorragia.* Habeis dado á vuestra enferma tiempo suficiente para reponerse del choque producido por la pérdida. Pues bien; estando el cuello desembarazado de sus adherencias, la presion de un vendaje, la administracion del cuernecillo ó los estimulantes pueden exitar la produccion de contracciones enérgicas que obliguen á la cabeza á encajarse en el canal La vuelta de la hemorragia es poco probable; la cabeza sirve de tapon y comprime la superficie desnuda del útero. Podeis entónces dejar á la naturaleza que complete la dilatacion y termine el parto que, libre ya de la complicacion placentaria, ha llegado á ser normal.

Pero si el útero queda inerte, añade, la hemorragia no puede detenerse y entónces es preciso recurrir á la dilatacion artificial.

Introducid el mas grueso de los dilatadores de Barnes que pueda entrar en el orificio, é hinchadle suave y gradualmente con agua, observando con el dedo el efecto de esta presion exéntrica sobre el orificio externo; cuando el saco esté com-

pletamente lleno, dejadlo colocado allí media hora si es necesario. Durante este tiempo se suspende ordinariamente la hemorragia; la parte intra-uterina del saco comprime probablemente los orificios abiertos de los vasos y, continuando la retraccion del segmento inferior, acaba por cerrarlos completamente; por efecto de esta presion por abajo ejercida por el dilatador, y de la presion por arriba ejercida por el vendaje, el contenido del útero se encuentra aplicado exactamente sobre las paredes del órgano y comprime los vasos del cuello.

Podreis esperar un momento y observar si la naturaleza es capaz de verificar el parto.

Si las contracciones continúan, si la cabeza se presenta, el parto ha llegado á ser normal y debeis dejarlo continuar por sí solo, pero sin abandonar un momento vuestra vigilancia. Si por el contrario, las contracciones son insuficientes, si el derrame sigue, y si, por último, no es la cabeza la parte que se presenta, debemos intervenir y hacer lo que la naturaleza no ha podido lograr: *es necesario recurrir al parto artificial.*"

Segun las conclusiones que dejamos apuntadas en la primera parte, el despegamiento parcial de la placenta está perfectamente motivado, así es que se debe poner en práctica desde el momento en que el cuello está dilatado ó dilatable; pero nos guardariamos muy bien de romper la bolsa de las aguas si la dilatacion no es mayor de 7 centímetros ó el cuello no es dilatable. Esta nos parece ser la causa de que Barnes aconseje el uso de sus sacos elásticos; pero no tendremos necesidad de recurrir á semejante arbitrio, si en vez de romper la bolsa colocamos un segundo tapon, para esperar sin peligro ninguno, que la dilatacion sea completa. Y decimos *sin peligro*, porque hallándose el cuello independiente de las inserciones placentarias, podrá retraerse con toda libertad y seguramente la hemorragia tendrá que suspenderse; además, subsistiendo la bolsa no solo será más fácil la dilatacion, sino que la conservacion del líquido amniótico nos dá mayores probabilidades de obtener un niño vivo; ventajas que verosimilmente perderiamos con la ruptura de la bolsa.

Efectuado el despegamiento de la parte de la placenta inserta en la zona peligrosa, y habiendo colocado un segundo tapon, si es necesario, nuestro papel es puramente pasivo,

pero no por esto de poca responsabilidad; es decir, que bajo ningun pretesto puede el médico abandonar á una enferma, so pretesto de que ha *taponado* la vagina y que la dilatacion tardará en producirse una, dos ó más horas.

¿Cuánto tiempo es necesario dejar aplicado el tapon en la vagina.

"M. E. Bailly en un trabajo reciente, dice Simpson, notable por la lucidez de estilo y y el gran sentido práctico con el cual está escrito, expresa la idea de que se debe dejar el tapon colocado hasta que lo arroje el feto en el momento en que este es expulsado, y el autor refiere un cierto número de observaciones que apoyan su manera de ver.

Este método es verdaderamente prudente y da mejores resultados para la madre, que aquellos que se obtendrian si se intentara una intervencion intempestiva, particularmente por medio del parto forzado y de la version. Pero se pueden hacer serias objeciones á esta espectacion sin límites; en primer lugar M. E. Bailly roconoce por sí mismo, que el niño nace casi siempre muerto; en segundo, sucede que las contracciones uterinas cesan completamente durante horas enteras, no obstante la presencia del tapon en la vagina. Aun hay más, este cuerpo extraño determina una molestia muy pronunciada á consecuencia de la compresion que ejerce sobre los órganos contenidos en la pelvis. Se han visto, además, declararse ántes del parto, accidentes septicémicos, por la putrefaccion de los cuágulos situados arriba del tapon, ó de la alteracion de la parte despegada de la placenta.

Creemos en consecuencia qne es necesario no dejar prolongar indefinidamente el trabajo, y nos parece útil, por la salvacion de la madre y del niño, retirar el tapon desde que se juzgue que la dilatacion del orificio es suficiente para proceder á la estraccion del feto."

Despues de algun tiempo, variable segun la intensidad de las contracciones, debe retirarse el tapon y generalmente se encuentra el orificio dilatado ó suficientemente dilatable. En estas condiciones, si la pérdida ha cesado, se espera á que la bolsa se desgarre por sí sola, más si la hemorragia continúa se debe proceder á desgararla artificialmente, con lo que cesará probablemente el derrame, y en todo caso, [cuando el cuello esté suficientemente dilatado ó dilatable], podrá recurrirse al

forceps ó á la version bimanual, por el método de Braxton Hicks.

En el primer caso, es decir, cuando la pérdida cesa y las membranas se rompen por sí solas, la dilatacion llegará á ser bien pronto completa y entónces la cabeza, si esta parte se presenta, desciende y se aplica directamente en los bordes del cuello; desde este momento el parto marcha con toda la regularidad de uu parto eutócico.

Antes de dar punto á este incorrecto trabajo, debemos resumir en un corto número de proposiciones las reglas de conducta que, creemos, deberá seguir el médico que se encuentre frente á un caso de implantacion anómala de la placenta.

1° Si por causa de insercion ectópica de la placenta, se declara una hemorragia, grave ó leve, durante los últimos tres meses del embarazo, se deberá proceder de idéntica manera que en los partos á término.

2° Si el orificio no estuviere bastante dilatado ni dilatable, para poder permitir la introduccion de uno ó dos dedos, ejecutará el taponamiento vaginal con las precauciones y minuciócidad que hemos recomendado, mateniendo todo en este estado durante una hora ó ménos si las contracciones son enérgicas y frecuentes; mayor tiempo si son débiles y alejadas.

3° Si se encontrasen las membranas rotas y el líquido amniótico se hubiera derramado, (no habiendo llegado el cuello al grado de la dilatacion que marcamos en el precepto anterior), se colocará un vendaje abdominal apretado y se procederá despues al taponamiento vaginal.

4° Si por el contrario las membranas estuvieren íntegras y bien por el taponamiento, bien expontáneamente, el cuello estuviere bastante dilatado ó dilatable para admitir uno ó dos dedos del operador, se procederá al despegamiento parcial de la placenta, en toda la extension que alcance el dedo introducido lo más profundamente posible dentro del útero, cuidando de no romper la bolsa de las aguas.

5° Verificada esta maniobra, se colocará un segundo tapon y se esperará á que el cuello se dilate, sin perder de vista el pulso y la fisonomía de la enferma.

6° En el caso de que por esto se conozca que la sangre está

saliendo de los vasos, se retirará el tapon y se sustituirá por otro, examinando ántes el estado de la dilatacion cervical.

7° Si á juzgar por la intensidad frecuencia y duracion de las contracciones se cree que el cuello está ya bastante dilatado para dejar pasar la cabeza del feto, se deberá retirar el tapon, con la muy fundada esperanza de que la hemorragia no ha de continuar, en cuyo caso se abandonará el parto á los esfuerzos de la naturaleza.

8° Si el cuello estuviese ya dilatado ó dilatable, las membranas rotas y, á consecuencia de atonía ó inercia uterina, la la pérdida continuare, se practicará la extraccion del feto por medio del forceps ó de la version bimanual, por el método de Braxton Hicks, segun las condiciones de movilidad en que se encuentre el producto de la concepcion.

FIN.